

Bør NaKuHel-møteplasser anbefales som et folkehelsetiltak?



Prosjektoppgave i
profesjonsstudiet i medisin

Stud.med. Ingunn Leeber, kull V05
Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo 2010

Summary

NaCuHeal-meeting-places (NCH-mp) appear to have a very advantageous cost-benefit profile. An evidence-based practice of medicine is the ideal in clinical medicine as well as in questions of public health. The aim for this student-assignment was to consider if NCH-mp is based enough on evidence to be recommended as a method to promote public health.

The term "evidence based" was used as defined by Sicily Statement of Evidence Based Practice, which includes healthcare providers explicit (research) and implicit (experience) knowledge, receivers preferences and context.

NCH-mp is a complex intervention and no real effect-trials have been preformed on it. This assignment was limited to research and receivers' preferences. Research literature was sought for one component of NCH-mp; social support.

9 studies were included. 4 showed a clear and 4 a partly association between social support and positive health parameters. Peoples understanding of health includes elements provided at NCH-mp. Health promotion and uneven social distribution of health-factors are central goals in politics on all levels.

NCH-mp seems to provide a practical tool to implement the political intentions regarding public health. There are challenges connected to studying true effects of health promotion in general, and NCH-mp in particular, because there is no registration of participants and it is not a standardized intervention. However, it seems reasonable to suggest that NCH-mp has sufficient evidence to be recommended as a means to promote the population health. More studies are needed. With the establishing of new NCH-mp, research-evaluations should be done along the way.

Forord

Kontakt med natur betyr mye for meg personlig, som en kilde til ro og inspirasjon. Gjennom kulturelle, kreative uttrykk som maling, sang og drama, har jeg blitt bedre kjent med meg selv og fått en styrke i livet. Etter flere år på Hawaii med en hverdag der natur, kultur og helse hadde en svært sentral plass, begynte jeg å studere medisin i Oslo. Livet ble flyttet innendørs og fikk et intellektuelt fokus. Første semester foreleste professor Tellnes om NaKuHel, noe som gjorde at jeg kjente plass for mitt personlige engasjement og min bakgrunn innenfor rammene av moderne medisin. Når så tema for prosjektoppgave skulle velges, falt det på NaKuHel.

Stor takk til professorene ved UiO Gunnar Tellnes, Per Brodal, Arnstein Finseth, Jan Frich og Arild Bjørndal, overlege Karl Otto Nakken ved Statens Senter for Epilepsi, cand. econ. Øyvind Sørbrøden og bibliotekarene på Rikshospitalet for inspirasjon, veiledning, råd og hjelp i arbeidet med oppgaven.

Holt Gård, Re i Vestfold 4.3.2010

Stud.med.
Ingunn Leeber

Innhold

Innledning.....	6
Bakgrunn.....	6
Begrepsavklaring og definisjoner.....	7
Hva menes med ”folkehelse” og ”helsefremmende”?	7
Hva er en ”NaKuHel møteplass”?.....	7
Ideologien.....	7
Aktivitetene.....	8
Skal – skal ikke.....; er det ”kunnskapsbasert”?.....	9
Forskning.....	10
Erfaring.....	10
Bruker.....	10
Kontekst.....	10
Problemstilling.....	11
 Metode.....	 11
Forskingskunnskap.....	11
Spørsmålsformulering.....	11
Litteratursøk.....	11
Inklusjonskriterier.....	12
Bruerkunnskap.....	12
 Resultat.....	 12
Hva sier forskningen?.....	13
Enkeltstudier.....	13
Oppsummert forskning.....	13
Systematiske Oversikter.....	13
Faglige Oversiktsartikler.....	14
Hva vil folket ha?.....	14
Internasjonal.....	15
Nasjonal.....	15
Helsefremmende intensjoner.....	15
Mer kultur.....	15
Skape mestringsopplevelser.....	15
Motvirke medikalisering.....	15
Støtte frivilligheten.....	16
Lokal forankring og infrastruktur.....	16
Lokal.....	16
Individuell.....	17
 Diskusjon.....	 18
Begrensning i metode.....	18
Er en pluss en alltid to?.....	18
Ikke enkle årsaksforhold.....	18
Det jeg gikk glipp av.....	18
Gullstandarden falmer.....	19
NaKuHel-komponentenes effekt.....	19
Sosial støtte.....	19

Beriket av kulturopplevelser.....	20
Ut på tur – aldri sur.....	20
Emosjonell kanal.....	21
Opplevelser former hjernen.....	22
NaKuHel og folkehelse.....	22
Legger til rette for salutogenese.....	22
Sosial utjevning.....	22
Kreative lokalsamfunn.....	23
Veien videre; økonomi, politikk og forskning.....	23
Mangler metoder for å fremme folkehelse?.....	23
Klare og endelige svar; umulig?.....	23
Oppsummert; hvor solid er solid nok kunnskapsgrunnlag?.....	24
 Litteraturhenvisninger.....	 25

Innledning

Bakgrunn

Muskel – og skjelettplager og psykiske lidelser er de største årsakene til arbeidsuførhet i Norge. Disse lidelsene til sammen utgjør 62% av de som får varig uførepensjon (1). Utgangspunktet for NaKuHel-konseptet var et forsøk på å tenke nytt i forhold til disse gruppene. Professor i trygdemedisin, Gunnar Tellnes erfarte som kommunelege på Røst at mistrivsel og sosiale problemer økte i befolkningen etter at store deler av kulturtilbudet i kommunen ble lagt ned. Denne erfaringen var med å danne grunnlaget for NaKuHel-tenkningen (2).

NaKuHel innebærer en helhetlig tilnærming til folkehelsearbeidet og en utvisking av skille mellom syk og frisk, til fordel for en modell der en kontinuerlig skala uttrykker helse, og alle til enhver tid befinner seg et sted på denne skalaen (2, 3, 4). Et salutogent perspektiv betyr å vektlegge faktorer som bidrar til helse og velvære og dessuten å stimulere de generelle sykdomsbeskyttende ressurser alle har iboende i større eller mindre grad (4). NaKuHel-konseptet er i tråd med salutogeneseteorien (5).

NaKuHel møteplasser er relativt rimelig å etablere og drifte, og kan være av samfunnsøkonomisk interesse, dersom de faktisk har en positiv effekt på folkehelsen. Hvorvidt det bør anbefales som et folkehelseiltak, er avhengig av om kunnskapsgrunnlaget er solid nok.

I 1994 ble Nasjonalt Senter for Natur, Kultur og Helse (NaKuHel) i Asker etablert som en modell for en NaKuHel møteplass. Den er nå lokalt godt forankret både politisk og i den generelle befolkningen (6). Undersøkelser har vist svært stor brukertilfredshet (7), og andre NaKuHel møteplasser er i etablering rundt om i landet. I en kvalitativ studie som inkluderte 46 personer som deltok i ulike deler av tilbudet ved senteret i Asker, rapporterer 2/3 å ha bedret sin helse-status, livskvalitet og funksjon ved å delta på NaKuHel (7). Dersom det er tilfelle at NaKuHel-møteplassen kan bidra til en slik positiv utvikling for enkeltpersoner, vil det være av stor betydning for den det gjelder og for samfunnets økonomi.

I kjølvannet av den nye samhandlingsreformen, vil det være i kommunenes økonomiske interesse å legge ressurser i forebyggende og helsefremmende arbeid. Samfunnet har mange behov, så effektiv disponering av ressursene er av stor betydning. Det er et politisk ideal at tiltak i samfunnet er kunnskapsbaserte, slik at man kan prioritere rett og oppnå ønsket effekt (8). En kunnskapsbasert helsetjeneste omfatter både klinisk medisin og samfunnsmedisin. For å finne ut hvilket kunnskapsgrunnlag NaKuHel- møteplasser hviler på, vil jeg ta utgangspunkt i modellen for kunnskapsbasert praksis.

I det følgende vil jeg bruke forkortelsen NKH og NaKuHel senter synonymt med NaKuHel-møteplass.

Begrepsavklaring og definisjoner

Hva menes med ”folkehelse” og ”helsefremmende”?

Folkehelse er et begrep som uttrykker en befolknings samlede helsetilstand, og hvordan helse fordeler seg i befolkningen. Norske helsemyndigheter tar utgangspunkt i at *helse* er det å ha overskudd til å mestre hverdagens krav (8). *Folkehelsearbeidet* tar sikte på å bedre folkehelsen ved å beskytte mot faktorer som svekker helse og å stimulere de som styrker den, slik at innbyggerne får flere leveår med god helse. Videre skal folkehelsearbeidet utjevne sosial fordeling av faktorer som påvirker helsen (9, 10).

Helse er i stor grad knyttet til politikk, i følge professor Fugelli. Han lanserer ”den sosialmedisinske relativitetsteori” $h = b \times (k + p)$ (helse er lik biologi gange kultur og politikk opphøyet i tid og sted), og mener med dette bl.a. at potensialet er stort for å påvirke befolkningens helsetilstand politisk og kulturelt, enten i positiv eller negativ retning (11). Folkehelsearbeidet anses også primært som en politikerjobb. Helsetjenstens bidrag er gjennom samfunnsmedisinen (12).

Faktorer som påvirker helsen finnes i de fysiske omgivelsene våre så vel som i de sosiale. Vann-, luft- og ernæringskvalitet samt fysisk aktivitet, tanker og følelser påvirker helsen. Helsen kan påvirkes positivt eller negativt via disse faktorene. De faktorene som styrker helsen, betegnes *helsefremmende* (eller salutogene; helse skapende) og bidrar til å gi bærekraft og slitestyrke. Det å oppleve livet som meningsfylt, forutsigbart og håndterbart betraktes som betingelser for salutogenese (2, 4). Beskyttelse mot negative påvirkninger betegnes *forebyggende*.

Folkehelsearbeidet omfatter mange sektorer i samfunnet og kan være rettet mot individ, grupper eller mot hele befolkningen. Tilgang på rekreasjonsområder eller gang- og sykkelveier, er helsefremmende tiltak rettet mot hele befolkningen, mens kurs og kampanjer for røykeavvenning er eksempler på mer målrettede og forebyggende tiltak for individ eller grupper. Innsatsen handler i stor grad om å unngå sykdom, slik at effekten av enkelttiltak kan være problematisk å måle. Parameterne som brukes på en befolknings helsetilstand, er dødelighet og sykkelighet i form av forventet levealder og sykdomsbelastede år. Livskvalitet, trivsel og subjektiv helsetilstand kan også brukes for å måle folkehelse.

Hva er en ”NaKuHel-møteplass”?

Ideologien

Visjonen for NaKuHel er menneskets økte bevissthet om samspillet mellom natur, kultur og helse, og at møtet mellom natur og kultur skal gi opphav til helse. Videre er det at mennesket forstår seg selv som et samspill mellom kropp, intellekt, følelser og ånd, og som en del av sitt fysiske og sosiale miljø. Denne forståelsen og bevisstheten kalles *helhetstenking* (2). At mennesker samarbeider på tvers av tradisjonelle skillelinjer, er også en del av visjonen.

En NaKuHel-møteplass er et fysisk sted der personer i nærmiljøet kan komme å delta i natur- og kultur-aktiviteter i fellesskap med andre. Det kan betraktes som en mer eller mindre selvorganiserende og naturnær fritidsklubb eller aktivitetsbase, åpen på dagtid for alle; både de som har overskudd og de som trenger påfyll. Driften av et

NaKuHel-senter er basert på samarbeid mellom flere aktører; offentlige midler, medlemskontingenter fra organisasjoner, bedrifter og enkeltmennesker, støtte fra frivillige organisasjoner og eventuelt egen kafedrift og salg av egenproduserte varer. Dugnad og frivillig innsats utgjør en viktig del av driften. Utgiftene er knyttet til husleie og lønn til daglig leder, eventuelt en kafeansvarlig og innleide gruppeledere (13). Driftsbudsjettet er på 1,5 – 2 mill pr år, noe som tilsvarer kostnaden av en sengeplass på psykiatrisk institusjon i ett år.

NaKuHel har som mål å være et allmenngyldig konsept som bidrar til å fremme *helse, miljø og livskvalitet* på en helhetlig måte for *hele befolkningen*.

Helse forstås i NaKuHel konseptet som det å ha minst mulig sykdom og å ha overskudd til å mestre dagliglivets oppgaver og påkjenninger. Helse anses som et kontinuum, snarere enn som en kategori motsatt av syk.

Miljø omfatter våre fysiske og sosiale omgivelser, inkludert vår natur, vår kultur og vårt sosiale nettverk.

Livskvalitet handler om menneskets opplevelse av å ha et godt og meningsfylt liv (2).

Et mangfold av personer og organisasjoner med til dels svært ulik bakgrunn men felles mål, inviteres til samarbeid for helhetstenkning og kreativitet innenfor samspillet natur-kultur-helse. Med *kreativitet* menes praktisk handling, egenaktivitet og skapende virksomhet (2). *Naturaktiviteter* beskrives som det mangfoldet av utfoldelse og friluftsliv vi kjenner gjennom kontakt med natur. Med *kulturaktiviteter* menes det mangfold av utfoldelse vi kjenner gjennom folkelig og profesjonell kunst, håndverk og husflid, idrett og turgåing samt annen trivselskapende, kreativ virksomhet og opplevelser (2). *NaKuHel-konseptet implementeres* ved å skape fysiske arenaer og aktiviteter. Det kan gjøres ved å etablere egne NaKuHel-møteplasser, eller integreres i samfunnsstrukturen forøvrig; for eksempel i sykehjem, skoler eller landbruk.

Aktivitetene

NaKuHel-konseptet innebærer ingen behandling, henvisning eller registrering fordi man tror dette underbygger en identitet som syk eller trengende. Selve grunntanken er å stimulere salutogenese gjennom å støtte og aktivisere det friske i mennesket. Man forsøker å ta avstand fra medikalisering av livets plager og å styrke selvhjelps- og sosial støtte faktoren i samfunnet.

Aktivitetene er organisert i grupper som dannes i tråd med ”empowerment”-prinsippet etter initiativ fra deltakerne selv med stor frihet til å realisere egne ideer. Tilbudet preges således av de til enhver tid aktive deltakerne. Noen grupper ledes av en profesjonell, innleid gruppeleder (eks kor-dirigent), mens andre fungerer med ”flat struktur” og har ingen leder (eks turgruppen). Eksempler på aktivitetsgrupper er maleri, hagebruk, dans og internasjonal kvinnegruppe (13, 14, 15). Verdimottoet er at møteplassen og gruppene skal være inkluderende, aktiviserende, gledesspredende og langsiktige.

NaKuHel søker å være inkluderende ved å invitere mennesker med ulik bakgrunn mht helsestatus, etnisk tilhørighet, livssyn, politisk syn, kjønn, alder, yrke, arbeids- eller sosial status til deltakelse og ved å ha et lavterskel tilbud. Det er ingen krav til perfeksjon eller forpliktelse til deltakelse i gruppene. Alle deltar på egne premisser og vekten legges på fellesskap og aktivisering. Deltakeravgiftene er lagt slik at alle skal

ha mulighet til å delta.

Gjennom aktivitetsgruppene blir NaKuHel en mestringsarena, der man har mulighet til å prøve seg på nye ting i trygge omgivelser. Ved at initiativ ønskes velkommen, gruppene er selvorganiserte og at fokus holdes på det friske i mennesket, tenker man seg at mestringsfølelse, indre motivasjon og ”empowerment” vokser frem. Det vil også være muligheter for arbeidstrening og rehabiliteringsplasser i forbindelse med administrative oppgaver, renhold, kafédrift mm på en slik møteplass.

Skal - skal ikke.....;er det ”kunnskapsbasert” ?

Samfunnet trenger et kunnskapsbasert beslutningsgrunnlag for å iverksette tiltak med størst sannsynlighet for å oppfylle målsettingene. Dette er spesielt viktig mht helsetjenesten fordi det får følger for enkeltmenneskers liv og helse.

Kunnskapsbasert medisin eller Evidence Based Practise (EBP), krever at beslutninger om helsetjeneste er basert på best tilgjengelige, oppdaterte, holdbare og relevante bevis. Disse beslutningene bør tas av de som mottar tjenesten (brukeren), informert av tjenestegiverens implisitte (erfaringsbaserte) og eksplisitte (forskningsbaserte) viten, innenfor konteksten av tilgjengelige ressurser (16).

Kunnskapsbasert medisin består altså av følgende elementer innenfor en kontekst:

- forskningsbasert kunnskap
- erfaringsbasert kunnskap.
- brukerkunnskap; preferanser og verdier.



Fig.1 Kunnskapsbasert praksis (17).

Forskning

Forskningsbasert kunnskap skal blant annet bidra til at vi forstår mer og bedre, og at vi kan vite mer om hva som virker. I forskning er utgangspunktet et spørsmål som man ønsker å finne svar på. De viktigste forhold som må vurderes når man skal forholde seg til et forskningsmateriale, er gyldighet (om man kan stole på resultatet), resultat (hva sier forskningen?) og relevans (er det til hjelp i den aktuelle situasjonen?). Det er viktig for resultatets gyldighet at det forskningsdesignet man bruker, er egnet til å svare på spørsmålet. Den beste måten å svare på effektspørsmål, er ved en kontrollert, randomisert studie (RCT). Andre kontrollerte, sammenliknende studier (CCT) eller kohorter (der man følger en befolkning over tid) passer også til å svare på spørsmål om effekt. Forskning kan oppsummeres i systematiske oversikter (SR), metaanalyser eller oversiktsartikler. SR av god kvalitet anses som den mest pålitelige kunnskapskilden.

Erfaring

Relevant erfaring som ikke er dokumentert eller (foreløpig) ikke lar seg dokumentere, er et element i kunnskapsbasert medisin. Ekspertene innenfor et fagfelt innehar verdifull erfaringsbasert kunnskap, og innenfor medisinen betegner man dette som klinisk ”skjønn” eller ”teft”. Helsetjenesteyterens erfaring (implisitte kunnskap) kan være vanskelig å definere i denne sammenhengen. Først er det uklart hvem det er som yter helsehjelp eller gir råd, om samfunnsmedisinske tiltak, men det formelle ansvaret for folkehelsearbeidet ligger hos fylkeskommunen. Videre er erfaring et subjektivt begrep som vil være forskjellig for ulike fagpersoner. Allmenne erfaringer eller erfaringer fra andre som har benyttet tilbudet, kan man også støtte seg til. Jeg undersøkte ikke erfaringsbasert kunnskap nærmere i denne oppgaven.

Bruker

Etiske vurderinger, verdier, kulturelle preferanser og kunnskap om ”hvor skoen trykker” besitter befolkningen og den enkelte. Dette er en viktig del av kunnskapsgrunnlaget for en beslutning, fordi det i henhold til EBP er mottakeren som bør ta beslutninger om helsetjeneste. Brukere eller mottakere, av helsetjenesten, vil i folkehelsesammenheng bety befolkningen direkte og indirekte (via folkevalgte politikere). Gjennom spørreundersøkelser og kvalitative studier kan man få vite noe om hva befolkningen foretrekker med hensyn til folkehelse tiltak. Politiske dokumenter kan også brukes for å få et bilde av mottakerens verdier og preferanser. Stortingsmeldinger er dokumenter utarbeidet av regjeringen og godkjent av stortinget. Disse beskriver gjeldende politikk i en samfunnssektor inntil de erstattes av en ny melding. Folkehelse er et tverrsektorielt område, fordi det finnes faktorer som påvirker helsen i nærmest alle deler ved samfunnet (samferdsel; tilgang på gang- og sykkelstier, arbeid; inneklima, arbeidstid, miljø; giftutslipp og luftforurensning osv), slik at mange stortingsmeldinger kan være aktuelle i dette spørsmålet. Helse- og Omsorgsdepartementet har den overordnede koordineringen og tilsynet med folkehelsearbeidet.

Kontekst

Konteksten der en beslutning skal tas, er avgjørende for utfallet. Konteksten setter rammene for hva som er mulig og ønskelig ut fra tilgjengelige ressurser (økonomi, kompetanse, tid) samt politiske og kulturelle betingelser. Et solid kunnskapsbasert tiltak vil ikke nødvendigvis iverksettes. Beslutningen er en helhetsvurdering med et kost-nytte- perspektiv. I denne oppgaven har jeg ikke gått videre inn på kontekst.

Problemstilling

Fordi NaKuHel-møteplasser synes å gi stor helsemessig gevinst for dem som benytter seg av det, er det naturlig å spørre om NaKuHel-møteplasser bør anbefales som et folkehelseiltak. Idealet er at anbefalninger og beslutninger er kunnskapsbaserte, så hovedspørsmålet i denne oppgaven er: "Er NaKuHel et kunnskapsbasert tiltak?" og "Kan NaKuHel fremme folkehelse?" Innenfor rammene av en studentoppgave lar det seg ikke gjøre å besvare dette fult ut. Jeg vil derfor begrense problemstillingen til å undersøke forskning på helsegevinst av utvalgte komponenter ved intervensjonen NaKuHel-møteplass og dessuten om tiltaket svarer til brukerens verdier.

Metode

For å kunne bidra til å belyse spørsmålet om hvorvidt NaKuHel-møteplasser er kunnskapsbasert, valgte jeg å fokusere på forsknings- og brukerbasert kunnskap.

Forskningskunnskap

Spørsmålsformulering

For å finne forskningsbasert kunnskap i denne oppgaven, tok jeg utgangspunkt i effekt spørsmålet; "Kan NKH fremme folkehelse?" Det var aktuelt å se etter enkeltstudier som kohortstudier, randomiserte og ikke-randomiserte sammenlikninger samt oppsummerte studier som systematiske oversikter, oversiktsartikler og metaanalyser. Av hensyn til tid og omfang, ønsket jeg å lete etter de mest pålitelige først, og valgte å begrense søket ved studiedesign. NKH er en kompleks intervensjon; både fordi tilbudet er rettet mot den generelle befolkningen (friske eller syke) og fordi tiltaket består av ulike og varierende aktiviteter. Det er foreløpig ikke gjort noen sammenliknende studier på NKH. En alternativ fremgangsmåte er å bryte ned dette tiltaket i flere komponenter, for så å se på effekten av de ulike komponentene. En antakelse om at komponentene samlet vil være helsefremmende dersom enkeltelementene er det, ligger da til grunn.

Hovedkomponentene i intervensjonen er natur- og kulturaktiviteter, lettgradig fysisk aktivitet og sosial støtte. Innenfor rammene av denne oppgaven valgte jeg primært å søke litteratur knyttet til effekt av sosial støtte. Spørsmålet mitt ble da: "Kan sosial støtte bedre folkehelse eller gi psykiske eller fysiske helseeffekter?" Jeg lette i databaser og spurte om litteraturtips fra relevante fagpersoner.

Litteratursøk

Jeg utførte et systematisk litteratursøk i ulike databaser med utgangspunkt i et PICO (Person, Intervention, Comparison, Outcome) -diagram.

Målet var å finne studier som så på mulig sammenheng mellom sosial støtte (I) og fysisk og psykisk helse eller folkehelse (O).

Folkehelse- spørsmålet omfatter hele befolkningen, grupper og individer med og uten en diagnose. For å lette søket, valgte jeg noen sykdomsgrupper (P) som kunne tenkes å ha spesielt sterk sammenheng med intervensjonen.

P: depression, anxiety, epilepsy, Parkinson, migraine, MS, myalgia, back pain, hypertension, headache, schizophrenia, dementia, cancer.

I: social support, psychosocial.

C: standard / no intervention.

O: health promotion, quality of life, coping, stress, empowerment, public health, blood pressure, immune response.

Søket ble avgrenset ved studiedesign til Randomized Clinical Trials (RCT) og Systematic Review (SR). Ordene OR og AND ble brukt som bindeord. Det ble ikke satt noen begrensning for tidsperiode eller språk. Dette er et tverrfaglig tema, så jeg søkte innenfor ulike fagområders databaser: Cochrane Library, PubMed, PsycInfo, Cinahl, Embase. Søkeordene ble brukt i ulike kombinasjoner i flere søk. Jeg søkte også på relaterte artikler til de jeg fikk frem elektronisk. Søket ble først utført i august 2008 og oppdatert i januar 2010.

Inklusjonskriterier

Inklusjonskriterier var *relevans* til NaKuHel, *kvalitet* basert på sjekkliste fra Kunnskapssenteret (18) og *studiedesign*. Jeg lager tre kategorier for relevans; ”ikke relevant”, ”noe relevant” og ”svært relevant” hvorav jeg inkluderer de to mest relevante kategoriene. I kvalitetsvurderingen bruker jeg kategoriene ”begrenset”, ”moderat” og ”god” kvalitet, og inkluderer de to beste. Mht design, inkluderte jeg kun RCT og SR fra det elektroniske litteratursøket, men var mer liberal i forhold til de artiklene jeg fikk tips om fra fagpersoner.

Brukerkunnskap

For å tegne et bilde av mottakers verdier og preferanser, så jeg både på overordnede målsettinger og metoder i gjeldende politiske dokument mht folkehelse, og på kvalitative studier som kartlegger hva folk mener med helse og hva som skal til for å bevare og fremme den. Jeg ville undersøke om det finnes politiske holdepunkter for NaKuHel-møteplasser. De mest sentrale meldingene fra Helse og Omsorgsdepartementet om folkehelse, konsentrerte jeg meg om. Jeg ville også kort se på hva som finnes av overordnede målsetninger og strategier innenfor folkehelsearbeid internasjonalt og lokalt. De kvalitative studier av oppfatninger om helse som jeg brukte, jeg kjente til fra før.

Resultat

Resultatene er ordnet etter kategoriene ”Forskningsbasert kunnskap” og ”Brukerkunnskap”.

Hva sier forskningen?

Jeg har inkludert 9 studier totalt; 1 enkeltstudie og 8 oppsummerte studier (6 systematiske oversikter og 2 oversiktsartikler). Av disse artiklene konkluderer 4 av oversiktene med en sammenheng mellom sosial støtte og ulike utfall. Blant de som ikke kunne sannsynliggjøre klar sammenheng, kunne alle vise til effekt på noen av de vurderte utfallene, bortsett fra det ene enkeltstudiet. I det følgende omtaler jeg kort de studiene jeg fant med deres resultat, og gir en grov kvalitetsvurdering. 3 av de systematiske oversiktene hadde begrenset relevans og de 2 oversiktsartiklene har et design som gjorde det vanskelig for meg å vurdere kvaliteten.

Enkeltstudier

Resultatene av en spørreundersøkelse av nyopererte pasienter med brystkreft hvor svarene på spørsmål om stress, optimisme og tilfredshet med sosial støtte ble sammenholdt med immunaktivitet målt i blodprøvene deres. Man kunne se økt immunaktivitet (NK-celleaktivitet) ved optimisme, og lavere ved stress (både redusert NK-aktivitet og konsentrasjon av immunmodulatoren INF- γ). Tilfredshet med sosial støtte gav ingen utslag på disse parameterne. Forfatterne konkluderer med at intervensjoner som tar sikte på å redusere stress og øke optimisme hos kvinner med brystkreft, kan optimalisere immunresponsen (19).

Oppsummert forskning

Systematiske Oversikter

En systematisk oversikt av god kvalitet konkluderer med at utdannende og sosiale aktivitetsgrupper kan lette sosial isolasjon og ensomhet. Oversikten inkluderte et stort spenn av sosialt sårbare grupper og folk i alderen 38-93 år, men hovedvekten var 65+. Man så ikke effekt av en-til-en tiltak i hjemmet. Det som karakteriserte de signifikant effektive tiltakene, var gruppeaktiviteter med fokusert utdannende, støttende eller fysisk aktiviserende innhold. Størst sannsynlighet for gevinst fant man der deltakerene selv var involverte i planlegging, utvikling og levering av aktiviteten (20).

I en god systematisk oversikt fant man svake bevis for effekten av likemanns- og selvhjelpsgrupper. Forfatterne påpeker at de foreliggende studiene er av dårlig kvalitet. Det konkluderes med at likemannsnettverk kan synes å ha gunstig effekt i visse settinger og grupper, men resultatene ikke er pålitelige og mer forskning trengs (21).

En systematisk oversikt fra England, konkluderer med at flere typer psykososiale intervensjoner kan forebygge psykiske lidelser og fremme mental helse hos personer med høy risiko. Intervensjonene det er funnet bevis for er bl.a. sosial støtte, problemløsnings- og kognitiv- adferdstrening blant arbeidsløse (22). Oversikten synes å være av moderat kvalitet.

I en god systematisk oversikt av gruppebasert mestrings-opplæring blant pasienter med reumatoid artritt finner Savelkoul holdepunkter for at man i begrenset grad kan øke livskvaliteten, men at det er mulig å øke funksjonell helse status. Konklusjonen er at mer forskning trengs (23).

I en oversikt over eksisterende systematiske oversikter, har man sett på effekten av en rekke psykososiale tiltak, inkludert sosial støtte, hos kreft og hjertesye pasienter. Man fant en sammenheng mellom intervensjon og positiv effekt på psykologiske utfall. Mht fysiske utfall, kunne man ikke registrere en effekt hos kreftpasienter, men hos hjertepasientene fant man lavere morbiditet og mortalitet. Oversikten er av god kvalitet (24).

En sterk sammenheng mellom intensiv multidisiplinær biopsykososial rehabilitering, redusert smerte og økt funksjon blant personer med kroniske korsryggssmerter, er vist i en systematisk oversikt av god kvalitet. Korsryggssmerter er en av de vanligste grunnene til langtidssykemeldinger hos middelaldrende. Mindre intense intervensjoner kunne man ikke finne klinisk relevante effekter av (25).

Faglige oversiktsartikler

Begge de følgende artiklene er oversiktsartikler basert på forfatterens faglige kunnskap, referanser og erfaring. De er ikke gjort systematisk, fremgangsmåte er ikke beskrevet. Jeg fikk tips om dem av en fagperson og har valgt å ta dem med fordi tema er svært relevant i min sammenheng. Resultatene og mekanismene de beskriver er basert hovedsaklig på eksperimentelle og epidemiologiske studier.

Uchino m.fl. hevder i en oversiktsartikkel at sosial støtte er pålitelig knyttet til lavere sykkelighet og dødelighet. De trekker frem eksempler fra de 81 studiene artikkelen baserer seg på. Tilstedeværelse av en venn ga i en studie en lavere aktivering av det autonome nervesystemet enn tilstedeværelsen av en fremmed i en stressende situasjon. I en konfliktfylt diskusjon med to andre fikk forsøkspersonene lavere blodtrykkstigning når en tredje person forsvarte deres standpunkt enn når denne forholdt seg taus. Forfatterne peker på mulige mekanismer som kan forklare denne sammenhengen, og konkluderer med at de ikke kan tilskrives potensielt helsefremmende adferd, men at stressbuffring og emosjonell støtte synes å ha betydning (26).

Epidemiologiske studier indikerer at individer med lav sosial støtte har høyere dødelighet knyttet til kardiovaskulære sykdommer, kreft og infeksjonssykdommer. Uchino fremmer en mulig forklaring, som forenklet kan gjengis på følgende måte: Sosial støtte påvirker individet både psykologisk og adferdsmessig. Begge disse aspektene påvirker biologiske prosesser som igjen gir utslag i sykdom og dødelighet eller helse. Fysiologisk sees gunstige effekter på deler av de kardiovaskulære, nevroendokrine og immunologiske system. Mest pålitelig er effekten på blodtrykk, katekolaminsekresjon og deler av både den humorale og cellulære immunresponsen (27).

Hva vil folket ha?

Det følgende henviser til politiske støttepunkter for et tiltak som NaKuHel-møteplasser. Et uttrykk for befolkningens oppfatning av helse vises ved kvalitative studier.

Internasjonalt

Ifølge Ottawa-charteret skapes helse der hvor folk bor, lærer, arbeider, leker og elsker. Dette innebærer en oppfordring til å vektlegge bo- og nærmiljø og lokalsamfunn i arbeidet for folkehelse (12). Det oppfordres til reorientering av helsetjenestene i retning av mer helsefremmende arbeid. Charteret utpeker folk selv som hovedkilden til helse og sier at de må settes i stand til å bevare og fremme sine egen og sine nærmestes helse. Helse betraktes som en ressurs til livet og hverdagen (28).

Norsk nettverk av helse- og miljøkommuner er en del av Verdens Helseorganisasjons prosjekt Healthy Cities, som arbeider for å realisere internasjonale og nasjonale målsettinger for helse- og miljøarbeidet på det lokale plan. Helhetstenkningen står sentralt og folkehelsesaker har en naturlig plass i disse kommunenes planer. Satsningsområder er praktisk folkehelsearbeid inkludert bl.a. fysisk aktivitet og trygghetsfremmende arbeid (fremme psykisk helse og mestring) (29).

EU inkluderer også helsefremmende arbeid med vekt på fysisk aktivitet, mental helse og sosial utjamning av helsefaktorer i sin arbeidsplan for folkehelse (30).

Nasjonalt

I dette avsnittet har jeg trukket frem målsetninger og verdier uttrykt i stortingsmeldingene om folkehelse og som NKH kunne være en metode for å imøtekomme.

Helsefremmende intensjoner

Man mener det finnes et uutnyttet potensial for å hente gevinst ut av forebyggende arbeid i helsesektoren. Muligheter for å forebygge ligger i å styrke helsefremmende faktorer og sosial utjevning av helsefaktorer, og dette vektlegges som satsningsområder (8, 31).

Mer kultur

Evalueringen av den nasjonale satsingen "Kultur gir helse" viser at kultur deltakelse kan gi helsefordeler både direkte ved kulturens egenverdi og indirekte ved styrket sosial tilhørighet, bedre livskvalitet og sterkere opplevelse av verdighet. Kultur og helse erklæres som et aktuelt satsingsområde i regionale partnerskap (8).

Skape mestringsopplevelser

Det er gjeldende folkehelsepolitikk i Norge "*å legge til rette for opplevelser av mestring, god selvfølelse, menneskeverd, trygghet, respekt og synlighet*" (8).

Det fremheves at samfunnet kan bidra til å forebygge psykiske problemer gjennom å styrke den enkeltes opplevelse av menneskeverd og egen mestring. Arbeid betraktes som en ressurs for å opprettholde verdighet, selvrespekt og deltakelse i det sosiale liv, i tillegg til å beskytte mot fattigdom (8, 12). I dagens krevende arbeidsliv innser man at det er flere grupper som får problemer med å skaffe eller å bli værende i en jobb og at dette får betydning for folkehelsen (8).

Motvirke medikalisering

Det advares mot at helsetjenesten blir adressat for stadig flere av livets problemer og at det skapes urealistiske forventninger til hva helsetjenesten kan utrette. Det økende helsetjenesteforbruket er til dels satt i sammenheng med

behov for profesjonelle nettverk og tjenester som en følge av forvitring av folkelige og sosiale nettverk. Man mener at å motvirke medikalisering i seg selv vil fremme helsen (8). ”Å gjøre selvhjelp som metode tilgjengelig for flere” er målet for tiltaket ”Nasjonal plan for selvhjelp” (8, 32).

Støtte frivilligheten

De frivillige organisasjonene involverer et bredt lag av befolkningen og kan på en annen måte enn det offentlige nå fram til og engasjere enkeltmennesket, utvikle og påvirke holdninger. De anerkjennes som en viktig ressurs for å opprettholde levende, aktive og trygge lokalsamfunn (8). Det hevdes at deltakelse i frivillig arbeid i seg selv kan fremme helse og livskvalitet, og at de frivillige organisasjonene har en sosialt integrerende evne, bl.a. ved å være arenaer for et aktivt sosialt samkvem og ved å gi mulighet for tilhørighet og fellesskap. Frivillige organisasjoner har viktige roller som iverksettere og tilretteleggere av tiltak og som partnere i folkehelsearbeidet (8, 33). De kan påvirke og legge til rette for en sunn og aktiv livsstil i befolkningen. Videre kan de være med å utforme folkehelsepolitikken på vegne av medlemmene. Regjeringen ønsker å stimulere til ”folkehelsekjeder” der frivillige organisasjoner betraktes som verdifulle partnere for kommuner og fylkeskommuner (8).

Lokal forankring og infrastruktur

Det uttrykkes intensjoner om kontinuitet, en sterkere infrastruktur for folkehelsearbeid, lokal og demokratisk forankring og integrering av helsehensyn i alle deler av den ordinære samfunnsplanleggingen (8). ”Hese i Plan” er et tiltak for å integrere helsehensyn i kommunenes planarbeid (34). Folkehelsearbeidet skal forankres der folk virker og bor hvis det skal gi resultater. Det er i kommuner og lokalsamfunn folkehelsen hovedsaklig utvikles og vedlikeholdes (12). Den nye Samhandlingsreformen adresserer utfordringene knyttet til den demografiske utviklingen i Norge, med en økt andel eldre i samfunnet og sosiale ulikheter i helse. Mer av ansvaret for helsetjenesten skal flyttes til kommunene, og befolkningen skal få et bredere helsetilbud lokalt. (35)

Lokalt

I søket etter politiske forankringspunkter for NKH på lokalplanet, brukte jeg Vestfold fylke og Re kommune som eksempler. Fylkeskommunen har lovpålagt ansvar for folkehelsearbeidet i følge Folkehelseloven, Lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet (36). I denne lovens første paragraf står det:

“Fylkeskommunen skal fremme folkehelse herunder trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge sykdom, skade eller lidelse, samt bidra til en jevnere sosial fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen.” (mine understrekninger)

Fylkesmannen i Vestfold skriver på sine nettsider:

”Målet med folkehelsearbeidet er å fremme fysisk, psykisk og sosialt velvære og helse. Vi skal legge til rette for at innbyggerne får flere leveår med god helse,

og at det blir færre helseskilnader mellom ulike samfunnslag, etniske grupper og kjønn.” (9) (mine understrekninger).

I fylkeskommunens forslag til planprogram for Regional plan for folkehelse i Vestfold, er hovedformålet å utjevne sosiale forskjeller. Ett av temaområdene er psykososialt miljøfaktorer der sosiale nettverk og kultur inkluderes som arbeidsområder (37).

Landets kommuner skal i følge Lov om helsetjeneste i kommunene,

”fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade og lyte. Den skal spre opplysning om og å øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet og folkehelsen.” (38) (mine understrekninger)

Denne loven har også et eget kapittel (4a) om miljørettet helsevern der sosiale miljøfaktorer som kan ha direkte eller indirekte innvirkning på helsen, inkluderes. Det er laget en egen forskrift om miljørettet helsevern hvis formål er:

- a) å fremme folkehelse og bidra til gode miljømessige forhold,
- b) å sikre befolkningen mot faktorer i miljøet, blant annet biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale, som kan ha negativ innvirkning på helsen (min utheving) (39).

I mange kommuner er folkehelsearbeidet delegert til et eget organ; Miljørettet Helsevern. Miljørettet Helsevern i Re er en del av et interkommunalt samarbeid hvis oppdrag er å ivareta målene i denne forskriften. Strategiene som oppgis for å fylle denne oppgaven er i hovedsak av forebyggende art (oppfyller punkt b i forskriften) og inkluderer i liten grad helsefremmende tiltak (jfr punkt a i forskriften) (40).

Individuelt

I en spørreundersøkelse av befolkningen i ulike deler av Norge kartla Fugelli og Ingstad hva folk mener med helsebegrepet. De fant at de viktigste meningsbærende elementene i folks helsedefinisjon er trivsel, funksjon, natur, humør, mestring og energi. Tilpasningsdyktighet, i form av evne til å godta livet innenfor rammen av det mulige, er bygd inn i det folkelige helsebegrep. Forøvrig har det folkelige perspektiv på helse tre kjennetegn: □helhet, pragmatisme og individualisme. Helse sees som et holistisk fenomen som er vevd inn i alle sider av livet og samfunnet. □Den betraktes som relativ og erfares og bedømmes i forhold til hva folk finner det rimelig å forvente ut fra alder, sykdomsbyrde og sosial situasjon. □Helsen forstås som personlig. Siden menneskene er ulike, må helse som mål og veiene til helse bli forskjellige fra individ til individ. (41). Undersøkelsen svarer ikke direkte på hva folk mener skal til for å fremme eller opprettholde helse.

I en evaluering av tilrettelagt sysselsetting i landbruket for mennesker med psykiske lidelser, oppgav brukerne å ha meget god trivsel og bedret humør og fysisk styrke. De trekker bl.a. frem det å ha et sted å gå til, sosialisering, aktivisering, mestring og ”flow” (flyt) som årsaker. Forutsetninger for slike opplevelser bør derfor finnes i hverdagen, hevdes det i evalueringen. Siden mennesker med psykiske lidelser ofte

mangler initiativ, må det legges til rette for meningsfull aktivitet for å komme inn i en positiv utviklingsspiral, eller hemme negative spiraler (42, 43).

Diskusjon

Begrensning i metode

I denne oppgaven undersøkte jeg om kunnskapsgrunnlaget for en NaKuHel-møteplass er solid nok til å anbefales som et folkehelseiltak. Dette er et spørsmål som ikke kan besvares fullt ut innenfor rammene av en studentoppgave. Jeg gikk derfor ikke nærmere inn på erfaringskunnskap eller kontekst. Min evne til å være objektiv kan svekkes av at jeg har en personlig oppfatning av at en NaKuHel-møteplass er et positivt folkehelseiltak.

Er en pluss en alltid lik to?

Siden det ikke er gjennomført effektstudier av selve tiltaket, valgte jeg å fokusere på helseeffekt av NaKuHel-komponenten sosial støtte. Det kan settes spørsmålstegn ved overførbarheten mellom denne faktoren studert isolert og en NaKuHel-møteplass som en sammensatt intervensjon. Hvilke faktorer som faktisk har betydning på en NaKuHel møteplass kan være forskjellige fra de intensjonen tilsier, og de kan være vanskelig å skille ut. Overføringsverdien er også avhengig av om NaKuHel møteplassen fungerer etter hensikten og idealene sine. Et senter kunne tenkes å utvikle et sosialt miljø som ikke er så inkluderende som formålet beskriver, slik at enkelte kan ha negative sosiale opplevelser ved deltakelse.

Resonnementet mitt bygger på en antakelse om at dersom det kan vises at komponenter ved intervensjonen har positiv helseeffekt, er det sannsynlig at disse satt sammen også vil ha en gunstig effekt på helsa. Synergieffekter f.eks mellom sosialisering og kreativt uttrykk eller fysisk aktivitet og sosial støtte, tenkes å ha betydning. Dette vil kunne gi en større positiv effekt enn summen av de enkelte komponentene.

I flere av studiene jeg har funnet, er populasjonen grupper av syke mennesker. Hvorvidt helseeffektene av sosial støtte i disse studiene er overførbare til en stor populasjon friske mennesker, er ikke sikkert, men jeg vurderer det som sannsynlig.

Ikke enkle årsaksforhold

Det foreligger generelle metodiske utfordringer når man skal måle effekt av helsefremmende arbeid, fordi årsakssammenhengene ikke er enkle og direkte. Man har å gjøre med effektkjeder eller sirkulære årsak-effekt forhold i sammensatte problemstillinger. Problemer er også knyttet til at målet er i stor grad å unngå en rekke ulike utfall (sykdom) og å skape mer av det gode. Disse problemene er relevante for vurdering av effekten av en NaKuHel møteplass.

Det jeg gikk glipp av

RCT er gullstandarden i medisinsk vitenskap når det gjelder å vurdere effekten av en intervensjon, og kan brukes på samfunnsmedisinske spørsmål så vel som kliniske. Det systematiske søket er begrenset til RCT og SR for å finne størst mulig sannsynlighet for faktiske sammenhenger og for å få et håndterlig antall artikler. Andre studiedesign som ofte brukes i samfunnsmedisinsk forskning, spesielt kohortstudier og ikke-randomiserte sammenlikninger, hadde vært av interesse her. Jeg kan ha gått glipp av relevante og gode studier ved å begrense det systematiske søket til RCT og SR.

Jeg har valgt å lete etter *støttepunkter* for NaKuHel-møteplasser innen feltet ”brukerpreferanser”, og ikke sett etter mulige innvendinger mot et slikt tiltak. Dette kan tenkes å gi et skjevt bilde av hva befolkningens preferanser og de politiske føringene og er. Min vurdering var at eventuelle innvendinger mot å etablere NaKuHel-møteplasser primært er av økonomisk art, basert på et ønske om å forvalte fellesskapets ressurser på hensiktsmessig måte. De kommer ikke til uttrykk i målsetninger for folkehelsearbeidet utover idealet om solid nok kunnskapsgrunnlag.

Gullstandarden falmer

Nyere studier innen nevrobiologi viser at det ikke bare er intervensjonen som skiller intervensjonsgruppen fra kontrollgruppen ved en RCT. Placeboeffekten har sin egen nevrofysiologiske reaksjonsvei og effekten av forventning er så stor og potensielt langvarig, at den kan påvirke responsen på terapi (44). Man har f.eks. funnet at dersom morfin gis uten at pasienten vet det, må det dobbelt så høye doser til for å oppnå samme smertelindring. Det er også vist at medisiner som hadde signifikant bedre effekt enn placebo i RCT ikke hadde noen effekt når de ble gitt uten at pasienten visste det. Med denne nye forståelsen av placebo, er et viktig spørsmål hvorvidt gullstandarden for effektstudier (RCT) er egnet for å konkludere om en intervensjon faktisk er effektiv. Det er fremmet forslag om å forandre kliniske forsøk til studier basert på skjult administrering av medisiner, der forsøkspersonene er sin egen kontroll (45).

NaKuHel-elementenes effekter

Det foreligger forskningsbasert kunnskap om sosial støtte, av høy kvalitet, som NaKuHel kan støtte seg til. I tillegg finnes mye forskning på kultur, fysisk aktivitet og sammenheng mellom kropp og sinn som denne oppgaven ikke har fokusert på. Jeg vil også kommentere disse elementene kort i denne delen.

Sosial støtte

Pålitelige, positive helseeffekter av sosial støtte og ulike psykososiale tiltak som kan ha en viss overføringsverdi i NaKuHel-sammenheng, er vist i flere oppsummerte studier. Sosial støtte viste ikke utslag på immunaktiviteten i den omtalte primærstudien, men optimisme og stress gjorde det. Det er nærliggende å tenke at det kan være en sammenheng mellom optimisme, stress og sosial støtte, men denne studien viste ikke et slik sammenfall.

Elementene som går igjen i de to studiene med høy relevans og et positivt resultat (20, 22), ser ut til å være gjensidig fellesskap med andre (grupper) der man er i aktivitet,

lærer eller mestrer noe. Det er interessant at man ikke kunne finne samme lettelse av ensomhet og sosial isolasjon ved en-til-en tiltak i hjemmet. Dette kan kanskje skyldes at mennesker oftest trives bedre med å være til nytte og ikke oppleve seg som en belastning for andre.

Likemanns- og selvhjelps grupper har ikke vist positiv effekt. Samtidig var studiene av dårlig kvalitet og man kan derfor ikke konkludere sikkert (jfr ”no evidence of effect is not evidence of no effect”).

Tre av de inkluderte studiene har begrenset overføringsverdi fordi de inkluderer ulike typer psykososiale intervensjoner (23, 25, 24). De fleste intervensjonene er av mer terapeutisk karakter. Man kan argumentere for at de fleste psykososiale intervensjoner vil ha et element av sosial støtte, og derfor er de tatt med. Likevel er ikke terapi egentlig sammenliknbart med sosial støtte i NaKuHel - sammenheng. Resultatene viste delvise sammenhenger mellom intervensjon og effekt.

For de to oversiktsartiklene, er det vanskelig for meg å mene noe om gyldigheten, siden fremgangsmåten ikke er beskrevet. De er av høy relevans, siden de tar for seg sosial støtte spesifikt. Resultatene er svært interessante. De viser klar sammenheng mellom sosial støtte og flere fysiologiske parametere, inkludert immunfunksjon, og beskriver mekanismene for disse sammenhengene.

Beriket av kulturopplevelser

Det er ved ulike studier vist fysiologiske effekter og helsegevinst av kulturelle aktiviteter bl. a. musikk (46, 47, 48) og ekspressiv skriving (49). Rapportene fra kultur-og helse prosjekt viser økt livskvalitet og bedret selvopplevd helse, men årsakssammenhengen kan ikke slås fast. Prosjektene her i landet har i liten grad vært gjenstand for forskning, og man har derved tapt en mulighet for økt kunnskap på dette feltet (50). I en norsk oversiktsartikkel av Knudtsen m.fl., konkluderes det med at en sammenheng mellom kultur og helse er sannsynliggjort på individ og gruppenivå, men at det finnes for lite grunnlag til å si noe om den generelle befolkningsmessige påvirkningen, siden det foreligger få langtids-, kontrollerte- og befolkningsstudier. Befolkningsstudier fra Sverige tyder imidlertid på en helsegevinst ved kultur deltakelse. Kulturaktiviteter betraktes som å utgjøre et potensial i folkehelsearbeidet. Det bemerkes i artikkelen at de helserelaterte positive effektene av kultur er andre enn av fysisk aktivitet (51).

Ut på tur – aldri sur

Fysisk aktivitet anses å ha veldokumenterte helseeffekter. Allment kjent er redusert risiko for overvekt, høyt blodtrykk, diabetes, muskel og skjelettplager. Kanskje mindre kjente er positive effekter på psykiske plager.

Det finnes lite systematisk forskning, men mye erfaring på helseeffektene av naturaktiviteter og friluftsliv. Vitnesbyrd fra brukere av psykiatrien viser hvor viktig kontakt med naturen oppleves for enkeltmennesker. Friluftslivet kan tenkes å styrke positive lenker i en effektkjede (52). Mennesket er en del av naturen og utviklet i den. Mange opplever fremmedgjøring i en moderne verden. En tapt følelse av sammenheng og mening kan tenkes å gjenopprettes i kontakt med natur og oppfyllelsen av de primære behov som frisk luft, vann og mat fra jorda. Ofte fører naturaktivitet også med seg en viss grad av fysisk aktivitet, frisk luft og estetisk

opplevelse, og det er vanskelig å isolere effektene av de ulike komponentene. Filosofen Arne Næss fremhevet det å gå *inn i naturen* som god terapi for sinnet. Friluftslivets positive påvirkning på helsen er en erfaring mange mennesker gjør seg og som bl.a. kommer til uttrykk gjennom den store oppslutningen om Turistforening her i landet.

Emosjonell kanal

Både sosial støtte og kulturdeltakelse kan gi mulighet for emosjonell bearbeiding og et utvidet emosjonelt spekter, noe som kan bidra til økt følelse av kontroll og oversikt over tilværelsen og derved salutogenese. Det er vist at intellektuell tolkning og navnsetting av følelser reduserer den nevrofysiologiske aktiveringen i hjernens primære ”frykt / stress-senter” (limbiske strukturer inkludert amygdala og insula) ved emosjonelt truende sanseinntrykk (53, 54).

I studier der forsøkspersonene ble utsatt for emosjonelle stimuli mens man registrerte blodgjennomstrømmingen i ulike deler av hjernen (rCBF) med funksjonell MRI (fMRI), ble ulike strategier for å regulere følelser sammenliknet. Ved emosjonell stimuli alene, så man økt rCBF i amygdala. Man fant at *kognitiv revurdering eller navnsetting* av sanseinntrykk eller emosjonell stimuli gav raskere stigning i blodstrøm gjennom hjernens pannelapp (område for kognitive prosesser), redusert stressrespons, og dessuten en redusert negativ emosjonell opplevelse. *Undertrykking* av emosjonelle uttrykk gav tregere blodstrøm i pannelappen, økt stressrespons og redusert negativ emosjonell opplevelse og adferd (53, 54). Disse funnene kan kanskje forklare erfaringer fra psykoterapeutiske metoder, der man ser at angst, fobier og posttraumatisk stress kan reduseres med kognitiv terapi. Det kan også forklare den positive effekten mange opplever av selvhjelpsgrupper, der man får anledning til å snakke sammen med likemenn om emosjonelt aktuelle problemstillinger (54).

Opplevelser former hjernen

I hvilken grad miljøet påvirker cellenes aktivitet, er i ferd med å få mer fokus. Inntil nylig har genene vært tilskrevet størst betydning. Dette blir nå utfordret av dem som hevder at miljøet styrer cellens liv (55). Cellens omgivelser er avgjørende for hvilke gener som avleses (epigenetisk modulerings). Tanker og følelser påvirker cellens omgivelser. Den nevrobiologiske sammenhengen mellom psyke (sinn) og soma (kropp) kartlegges nå mer detaljert, og er et felt med mye spennende forskning. Spesiell med ny billeddannende teknologi som kan visualisere hjernefunksjoner, utvider denne kunnskapen seg raskt, og mye er kjent nå som man ikke kjente til for bare få år siden.

De helsefremmende effektene av sosial støtte kan forklares som en del av effektkjeder (fig 2). Tankemønster, emosjonelt uttrykk og forventning endrer hjernes struktur, kjemi og funksjon (56, 57). Dette får nevrologiske, hormonelle, immunologiske, psykologiske og fysiologiske konsekvenser og påvirker dessuten opplevelse av smerte (45, 58). Man ser f.eks. en betydelig reduksjon i anfallfrekvens hos personer med epilepsi i situasjoner med trivsel (59). Trivsel, aktivisering og mestring kan betraktes som andre deler av effektkjeden som via sinnsstemning gir fysiologisk gunstige prosesser og økt helse og livskvalitet.

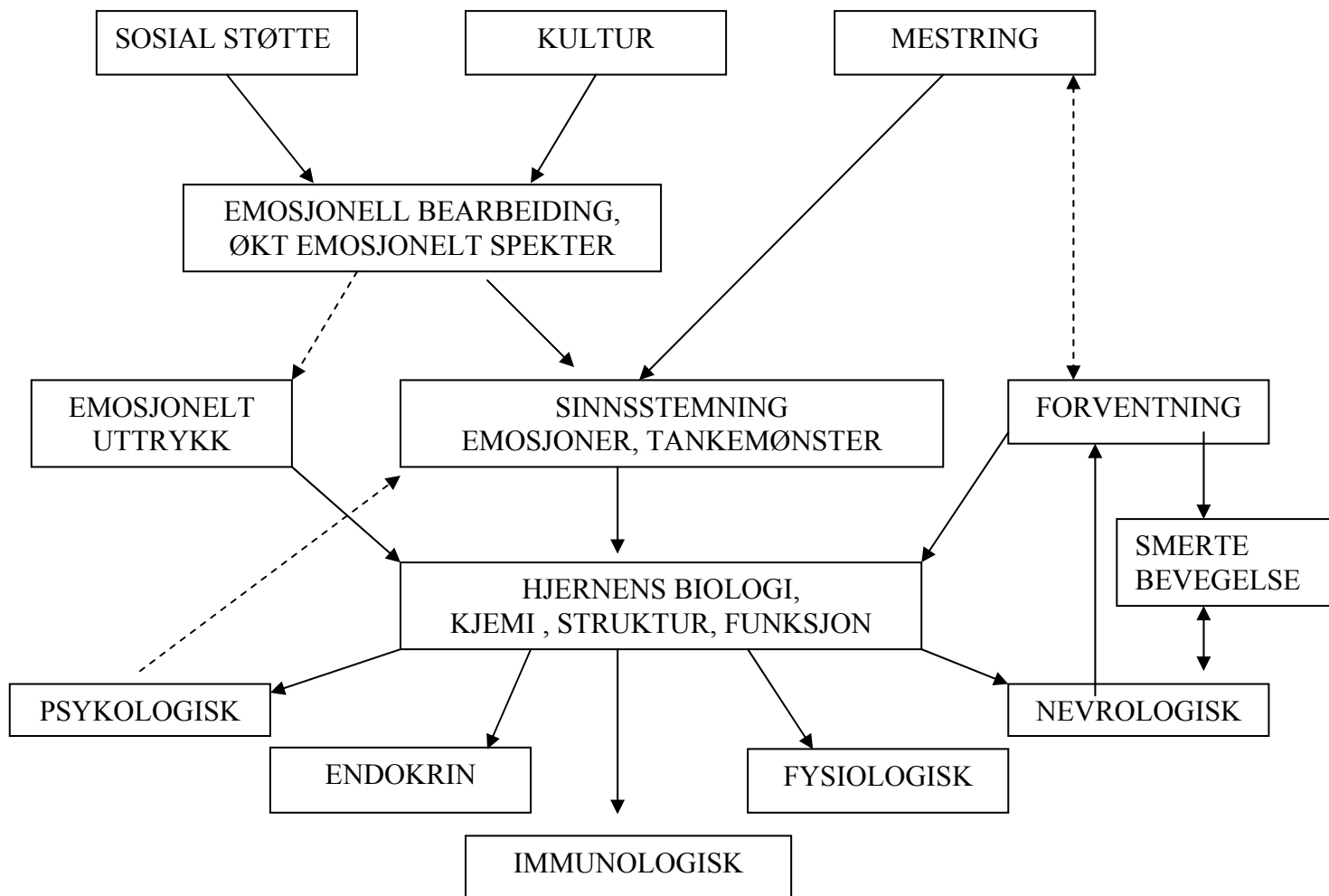


Fig 2. Forslag til en effektkjeder basert på nevnte artikler.

NaKuHel og folkehelse

Folkehelsen kan påvirkes på flere nivå; individ, gruppe, befolkning og sosial fordeling av faktorer som påvirker helsen. NaKuHel møteplasser adresserer alle disse nivåene.

Legger til rette for salutogenese

NaKuHel tilbyr et sted å gå til, legger til rette for sosialisering, aktivisering, mestrings- og "flow" opplevelser. Forutsetninger for slike opplevelser skapes derved i hverdagen og gjøres tilgjengelig for fler. For enkeltindivider kan gevinsten ved å delta på en NaKuHel - møteplass, være bedret livskvalitet, økt mestringsfølelse, aktivisering og større sosialt nettverk (7). 2 /3 av brukerne av NaKuHel forteller at de har fått økt trivsel og livskvalitet på grunn av tilbudet. Personer knyttet til NaKuHel-senteret i Asker forteller om deltakere som over flere år har vært "svingdørspasienter" ved psykiatriske institusjoner, men har etter å ha knyttet seg til senteret, ikke bare vært ute av institusjonen, men også ute i arbeidslivet (60, 61).

Sosial utjevning

Sosialt nettverk og deltakelse i salutogene aktiviteter, er faktorer som påvirker helsen

og som er ujevnt fordelt i befolkningen. De som er ressurssterke nok til å ta i bruk salutogene aktiviteter i livet sitt, kan øke både sin sosiale kapital og helse. Andre er avhengige av en tilrettelegging av slike aktiviteter, og en lav terskel for at de skal kunne klare å ta dem i bruk. Et lavt prisnivå, ingen krav til prestasjon og en uformell og legitim møteplass der man kan nærme seg gradvis, er faktorer som kan senke terskelen til å ta i bruk salutogene aktiviteter og utvidde sosialt nettverk. Åpningstid på dagen gir en mulighet for å skape et nettverk av mennesker som ikke er i arbeid på dagtid. Det inkluderer både sårbare sosiale grupper som f.eks. langtidssykemeldte, arbeidsledige, flyktninger, funksjonshemmede, ferdigsonede og uføre, og ressurssterke folk som f.eks. pensjonister, barselpermiterte, turnus- eller skift arbeidere. En inkluderende, lavterskel NaKuHel-møteplass kan således bidra til utjevning av sosiale faktorer som påvirker helsen.

Kreative lokalsamfunn

Nærmiljøet er beskrevet som den beste arena for helsefremmende arbeid (28). Inspirerende og kreative lokalsamfunn har sannsynligvis stor betydning for livskvalitet og helse. Erfaringene fra NaKuHel-senteret i Asker viser at det er et bredt lag av befolkningen som deltar ved senteret der, og at senteret har opparbeidet bred politisk støtte (13, 61). En slik møteplass vil nødvendigvis ikke appellere til alle i en befolkning til enhver tid, heller ikke alle ville prioritere tid til å benytte det. På en annen side kan alle være potensielle deltakere i en periode i livet. NaKuHel-møteplassen gir en mulighet for å ha et nettverk, et sted å gå til, få påfyll eller å bruke de ressursene man har i seg, i perioder man trenger det. Livs- og helsesituasjonen kan endre seg, enten for en periode eller mer permanent. Da kan det tenkes at forskjellen på å ha *muligheten* for et sosialt nettverk og en lav terskel for aktiviteter versus å ikke ha det, gir et utslag på helse, trivsel og livskvalitet i befolkningen.

Veien videre; økonomi, politikk og forskning

Det sies at ”helse skapes utenfor helseinstitusjonene” og derfor involverer hele samfunnet vårt. Helsefremmende arbeid er en ”usynlig” innsats for å spare fremtidig utgifter på sykdom, og kan derfor være vanskelig å prioritere.

Mangler metoder for å fremme folkehelse?

Når man vil tilstrebe sikker kunnskap om årsaker og virkninger for både politikktutforming og praksis innen folkehelsearbeidet, møter man utfordringer i at årsaksforholdene er komplekse og til dels ukjente. Det er vanskelig å peke ut konkrete tiltak som vil gjøre en forskjell. Det er en politisk erkjennelse at arbeidet med sosiale miljøfaktorer vies utilstrekkelig oppmerksomhet, både på grunn av usikkert kunnskapsgrunnlag og manglende kompetanse. Det uttrykkes et behov for å utdype sosiale miljøfaktorerets betydning for helsen, og at dette har implikasjoner for kommunenes arbeid (8). Konkrete strategier som oppfyller målet om å fremme helse og å styrke sosiale miljøfaktorer er vanskelig å identifisere i oppgavebeskrivelsen til Miljørettet Helsevern for endel kommuner. Det kan skyldes mangel på metoder for å oppnå målet, eller at man ikke er bevisst eller opptatt av differensieringen av forebyggende og helsefremmende arbeid (40).

Klare og endelige svar; umulig?

For å vurdere effekten av NaKuHel-deltakelse, kunne man studert en definert sykdomsgruppe og randomisert til en gruppe som fikk delta på NaKuHel-senter og sammenliknet med en kontrollgruppe som fikk et standard tilbud. Det ville imidlertid være mot konseptets ideologiske grunntanke å klassifisere mennesker i frisk eller syk kategorier, og dermed endre intervensjonen. Et bærende prinsipp ved NaKuHel er helseforståelsen som ligger til grunn og at det fokuseres på det friske i mennesket. Møteplassen er ment som et sted der alle blir betraktet som likeverdige og man unngår stigmatisering som ”syk, hjelpetrengende, ressurs-svak” i motsetning til ”frisk, hjelpende, ressurs-sterk”. Man betrakter heller helse som noe alle mennesker har mer eller mindre av ved et gitt tidspunkt, i tråd med salutogeneseteorien (4, 5). En konsekvens av dette er at man anser registrering av brukerne og deres diagnose-status som kontraproduktivt.

RCT kunne utføres på sammenliknbare samfunn, der f.eks et utvalg av kommuner ble randomisert til å ikke-/etablere en NaKuHel-møteplass, og helsetilstand, livskvalitet og trivsel ble målt over tid i alle kommunene. Randomisering av hvilke kommuner som skal implementere tiltaket kan tenkes å svekke grunnlaget for en NaKuHel-møteplass, fordi det baserer seg i stor grad på frivillighet og selvdrevet engasjement. Man måtte i så fall velge ut ifra kommuner der det er noen som ønsker å sette tiltaket i gang. NaKuHel er heller ikke en standard-intervensjon, ettersom en møteplass alltid vil bære preg av de til enhver tid aktive personene der. Det ville uansett være mange konfunderende faktorer som svekker påliteligheten av resultatet.

Sett i lys av den nye forskningen på placeboeffekten, synes det enda vanskeligere å finne den endelige sannheten om effekten av ikke-medikamentelle intervensjoner, ettersom man ikke kan skjule eksponeringen for f.eks kulturdeltakelse for deltakeren slik man kan skjule administrasjonen av et legemiddel. Det byr også på utfordringer å isolere den virksomme faktoren ved kulturell og sosial aktivitet. Man må kanskje derfor godta forskning med flere potensielle feilkilder, og utforske nye design-muligheter. Forskning kan uansett design, ikke gi endelige svar. En kunnskapsbasert beslutning er en syntese av best tilgjengelig og oppdatert forskning, erfaring og brukerens verdier sett i en kontekst.

Oppsummert; hvor solid er solid nok kunnskapsgrunnlag?

I Stortingsmelding 16 stadfestes det at kunnskapsmangel ikke må føre til handlingslammelse, og at utprøvende satsing må drives og tiltak iverksettes så snart kunnskapsgrunnlaget er solid nok til at man kan gå ut med anbefalinger og råd. Man vil heve kunnskapsnivået om de tiltak som iverksettes gjennom strammere utforming og systematisk evaluering (8). Noen hevder at vi neppe har råd til å la være å klarlegge bedre den helsemessige betydningen av kulturdeltakelse og opplevelse for den enkelte og for befolkningen (50). Det samme kan hevdes om NaKuHel-møteplasser. Etablering og drift har relativt lav kostnad, sett i forhold til potensialet for økt livskvalitet og helse for den enkelte, store økonomiske besparelser og sosial gevinst.

Hva som er solid nok til å gi grunnlag for anbefalning, spesifiseres ikke. Dette er et skjønnsspørsmål som overlates til den som gir råd å ta stilling til ved å ta i bruk egen implisitt kunnskap (erfaring). Fra det jeg har funnet gjennom arbeidet med denne oppgaven, synes det for meg som at NaKuHel med rimelig sannsynlighet kan fremme

folkehelse og bør anbefales som et samfunnsmedisinsk tiltak. Etablering av nye NaKuHel-møteplasser bør, i samsvar med intensjonene i stortingsmeldingene, følges av evalueringer for å utvide og solidifisere kunnskapsgrunnlaget.

Litteraturhenvisninger

1. NAV. Uføreytelser.
<http://www.nav.no/Om+NAV+Tall+og+analyse/Jobb+og+helse/Uf%C3%B8reytelser/Uf%C3%B8reytelser/805380444.cms> (03.04.10)
2. Tellnes G. *Samspillet Natur-Kultur-Helse. NaKuHel-konseptet i teori og praksis*. Oslo: Unipub forlag; 2003.
3. Tellnes G. "How can nature and culture promote health?" *Scandinavian Journal of Public Health*, 2009; 37:559-61.
4. Antonowsky A. The salutogenic modell as a theory to guide health promotion. *Health promotion International* 1996;11: 11-18.
5. Glørsen KY. *Natur-Kultur-Helse-konseptet sett i lys av Salutogeneseteorien*. Oslo: Universitetet i Oslo; 2008.
6. Berge KB. "NaKuHel – folkehelse i praksis." *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 2007; 127 (10):1476.
7. Batt-Rawden K, Tellnes G. "Nature-culture-health activities as a method of rehabilitation: an evaluation of participants' health, quality of life and function". *International Journal of Rehabilitation Research* 2005; 28(2): 175-180.
8. NOU 2002-03:16 "Resept for et sunnere Norge" Det kongelige Helsedepartement.
9. Fylkesmannen i Vestfold. <http://fylkesmannen.no/fagom.aspx?m=3607> (15.08.10).
10. Helse og omsorgsdepartementet. Folkehelse.
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/Folkehelse.html?id=10877> (04.03.10).
11. Fugelli P. "Formegethetens mentalitet-en fare for helsen og helsetjenesten?". I: Mæland JG, Fugelli P, Heier G, Westin S. *Sosialmedisin – i teori og praksis*. 1 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2008. S415-28.
12. NOU 1998 (18) "Det er bruk for alle" Helse og Omsorgs-departementet.
13. Berge KB. Daglig leder NaKuHel Asker. Personlig meddelelse 14.10.08.
14. NaKuHel Norge. www.nakuhel.no www.nakuhel.org (08.008.08).
15. Nasjonalt Senter for Natur Kultur Helse – NaKuHel (08.08.08).
16. Sicily Statement. of Evidence Based Practise.
http://digitool.library.mcgill.ca:8881/R/?func=dbin-jump-full&object_id=14134&local_base=GEN01-MCG02 (26.11.08).
17. Kunnskapsbasertpraksis. Nettkurs.
<http://kunnskapsbasertpraksis.no/index.php?action=static&id=6> (04.03.10).
18. www.kunnskapssenteret.no/Verktøy (04.02.10).
19. von Ah D, Kang D-H, Carpenter JS. "Stress, optimism, and social support: Impact on immune responses in breast cancer." *Research in Nursing and Health* 2007; 30(1) 72-83.
20. Cattani M, White M, Bond J, Learmouth A. "Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions." *Ageing and Society* 2005; 25: 41-67.
21. Woolacott N, Orton L, Beynon S, Myers L, Forbes C. "Systematic review of clinical effectiveness of self care support networks in health and social care." York: University of York, Centre for Reviews and Dissemination. CRD report; 34: 291. 2006
22. "Mental health promotion in high risk groups". *Effective Health Care* 3(3). NHS Centre for Reviews and Dissemination, Storbritannia, University of York: June 1997.
23. Savellkoul M, de Witte L, Post M. "Stimulating active coping in patients with rheumatic diseases: a systematic review of controlled group interventions studies." *Patient Education and Counseling* 2003; 50(2) 133-43.

24. Rodgers M, Fayter D, Richardson G, Ritchie G, Lewin R, Sowden AJ. "The effects of psychosocial interventions in cancer and heart disease: a review of systematic reviews." York: Centre for reviews and Dissemination 2005; CDR Report 30: 176.
25. Guzmán J, Esmail R, Karjalainen K, Malmivaara A, Irvin E, Bombardier C. "Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for chronic low-back pain." In Guzmán J, Esmail R, Karjalainen K, Malmivaara A, Irvin E, Bombardier C. *Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for chronic low-back pain*. 2nd ed. Chichester (UK): John Wiley & Sons Ltd; 2006.
26. Uchino B, Cacioppo JT, Kiecolt-Glaser JK. "The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health." *Psychological Bulletin* 1996; 119(3):488-531.
27. Uchino B. "Social support and Health: A Review of physiological process Potentially Underlying Links to Disease Outcomes". *Journal of Behavioral Medicine* Aug 2006; 29(4): 377-87.
28. Ottawa Charter for Health Promotion, First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986 - WHO/HPR/HEP/95.1. www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf (10.02.10).
29. Norsk Nettverk av Helse og Miljøkommuner. Målsettinger. <http://hmnett.no/visside.asp?side=maal.htm> (10.02.10).
30. EU. European Commission. Health Promotion. http://ec.europa.eu/health/ph_overview/previous_programme/workplan02_en.pdf (10.02.10).
31. NOU 2006-2007(20) "Nasjonal strategi for å jevne ut sosiale helseforskjeller" Helse og Omsorgs Departementet.
32. Nasjonal Plan for selvhjelp http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00003/IS-1212_3245a.pdf (11.02.10).
33. NOU 2006-2007 (39) "Frivillighet for alle" Kultur og Kirke departementet.
34. Helse i Plan. Høgskolen i Vestfold <http://www.helseiplan.no/> (11.02.10).
35. Regjeringen. Samhandlingsreformen. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/kampanjer/samhandlingsreformen/samhandlingsreformen-skil-gi-bedre-helse.html?id=541207>
36. Lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet. <http://www.lovdata.no/all/tl-20090619-065-0.html> (02.03.10).
37. Forslag til planprogram. Regional plan for folkehelse i Vestfold 2011-2014. Vestfold fylkeskommune ved folkehelsekoordinator.
38. Lov om Kommunehelsetjeneste; § 1-2 <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20030425-0486.html#map001> (10.02.10).
39. Forskrift om miljørettet helsevern. Lovdata. <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20030425-0486.html#map001> (23.02.10).
40. Miljørettet Helsevern i Vestfold. <http://www.mhvivestfold.no/article.asp?x=22787&w> (03.03.10).
41. Fugelli P, Ingstad B. "Helse slik folk ser det." *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 2001; 121:3600-4.
42. Lærum KT, Lærum E, Sørbrøden Ø. *Tilrettelagt sysselsetting for mennesker med psykiske lidelser. Grønn Omsorg i Vestfold*. Vestfold: Fylkesmannen; 2000.
43. Sørbrøden Ø, Lærum KT. *Tilrettelagt sysselsetting for mennesker med psykiske lidelser. Evalueringer med vekt på langsiktige virkninger for brukerne. Grønn Omsorg i Vestfold*. Vestfold: Fylkesmannen; 2003.
44. What do you expect from this treatment? Changing our mind about clinical trials. (editorial). *Pain* 2007;128: 193-4.
45. Colloca L, Benedetti F. "Placebos and Painkillers: is mind as real as matter?" *Neuroscience* 2005 Jun; 6:545-552.

46. Myskja A, Lindbæk M. "Hvordan virker musikk på menneskekroppen?" *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 2000; 120:1182-5.
47. Myskja A, Lindbæk M. "Eksempler på bruk av musikk i klinisk medisin." *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 2000; 120:1186-90
48. Bittman B, Bruhn KT, Stevens C Westengard J, Umbach PO. "Recreational music making: a cost effective group interdisciplinary strategy for reducing burnout and improving mood states in long term care workers." *Advances in Mind-Body Medicine*. 2003; 19 (3/4): 4-15.
49. Harris AH. "Does expressive writing reduce health care utilization: a meta-analysis of randomized trials" *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2006; 74 (2) 243-52.
50. Knudtsen M, Holmen J, Håpnes O. "Kulturelle virkemidler i behandling og folkehelsearbeid." *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 2005;125: 3434-6.
51. Knudtsen M, Holmen J, Håpnes O. "Hva vet vi om kulturdeltakelse og helse?" *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 2005; 125:3418-20
52. "Friluftsliv og psykisk helse. Rapport fra et utviklingsarbeid i Friluftslivets år 2005" Oslo: Det Kongelige Miljøverndepartement og NaKuHel; 2005.
53. Goldin PR, McRae K, Ramel W, Gross JJ. "The neural bases of emotion regulation: Reappraisal and suppression of negative emotion." *Biological Psychiatry* 2008; 63:577-586.
54. Hariri AR, Bookheimer SY, Mazziotta JC. "Modulating emotional responses: effects of a neurocortical network on the limbic system." *NeuroReport* 2000 Jan 17; 11(1).
55. Lipton BH. *The Biology og Belief. Unlashing the Power of Conciousness, Matter and Miracles*. 5th ed. USA: Hay House; 2009
56. Beauregard M. "Mind does really matter: Evidence from neuroimaging studies of emotional self-regulation, psychtherapy, and placebo effect." *Progress in Neurobiologi* 2007; 81: 218-236.
57. Petrovic P, Dietrich T, Fransson P, Andersson J, Carlsson K, Ingvar M. "Placebo in emotional processing – induced expectations of expectations af anxiety relief activate a generalized modulatory network." *Neuron* 2005 Jun; 46, 957-969.
58. Changing patient perceptions of their illness: Can they contribute to an improved outcome for episodes of musculoskeletal pain? (editorial). *Pain* 2008;136:1-2.
59. Nakken KO. Overlege, Statens senter for Epilepsi. Personlig meddelelse, 28.08.08.
60. Pausewang E. Organizing moderen longings. Paradoxes in the construction of a health promotive community in Norway (thesis). Oslo: Universitetet i Oslo, Institutt for sosialantropologi; 1999.
61. Sørbrøden Ø. Cand.oecon. Personlig meddelelser, høst 2008.